



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1939, 16(4): 643-648

ISSUE DATE:

1939-07-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205024>

RIGHT:

Morvan 氏病デハ手ニ著明ナ皮膚肥厚ヲ來スガ本例ニハソレガナイ。

要スルニ本例ハ四肢末端ニ對稱的ニ來タ榮養障礙ト言フ點カラシテ Raynaud 氏病其他ノ血管運動榮養神經性疾患ノ範疇ニ屬スルモノト考ヘルノガ最モ妥當デアル。併シ疼痛發作ハナク又知覺障礙ノ強イ事等カラ無論 Raynaud 氏病ヤ、肢端紅痛症デハナク、比較的近イノハ慢性肢端假死症 (Acroasphyxia chronica) デアラウト思フ。即チコノ疾患ハ小兒期ヨリ徐々ニ發病スル四肢末端部ノ對稱性血管運動障礙 (Asphyxie) デアツテ、通常疼痛ヲ缺如シ罹患部ノ肥大 (稀ニ萎縮) ト同時ニ著明ナル知覺障礙ヲ伴フ。潰瘍、壞疽ヲ來スコトモアリ得ル。コレガ肢端假死症デアルガ吾々ノ例ハコレトモ異ツテキテ、最モ大切ナ症狀ノ肢端ノ假死 (Asphyxie) ガ明カデナイ。結局本例ハ從來記載サレタ血管運動、榮養神經性疾患ノ何レニモ一致シナイ。併シコノ範疇ニ屬スル疾患即チ Raynaud 氏病、肢端紅痛症、肢端假死症、指端知覺異常症 (Acroparästhesia)、聳皮症等ハ相互ニ相關聯シタモノデ、ソノ間ニハ移行型ト認メラレルモノモ少クナイ。即チ症候的ニ云ヘバ血管運動障礙、榮養障害、知覺障礙ノ3者ガ異ツタ程度ト異ツタ組合セニ於テ現ハレテ居ルモノト考ヘ得ル。從ツテ本例ノ如ク榮養障礙ト知覺障礙ノ2ツガ著明デ血行障礙ノ輕微ナ場合モ當然アリ得ルト思フ。

要之、本例ハ從來記載サレタ特定ノ疾患ニハ一致シナイガ、矢張血管運動・榮養神經性疾患ノ範疇ニ屬スルモノト考ヘル。

手術 (昭和14年10/II): 兩側腰薦部交感神經切除術 (右  $S_1$ , 左  $I_{4,5}$ ,  $I_{5,6}$ ,  $S_1$ )。術後約10日ニシテ潰瘍ハスベテ全ク治癒セリ。知覺障礙モ幾分輕快セルモ左程著明ニハ非ズ。

コノ手術ニヨツテ潰瘍ガ速ニ治癒シタ事ハ始メカラ血行障礙ガ著明デナカツタ點ヨリ考ヘテ、其理由ヲ血行ノ恢復ニ歸スル事ハ困難デアル。下肢ニ於ケル血管運動・榮養神經ノ失調狀態ガコノ手術ニヨツテ改善サレタ結果トモ想像サレルシ、又佐伯博士ノ實驗ニ從ツテ『交感神經支配ガ遮斷サレ、爲ニ配下一切ノ組織細胞ノ生活力ガ增強サレタ』結果トモ考ヘラル。

## 臨床診断ト手術所見

### 蜘蛛膜囊腫ヲ伴ヘル聽神經「ノイリノーム」

荒 木 千 里 (京都外科集談會昭和14年4月例會所演)

聽神經「ノイリノーム」ノ周圍ニ蜘蛛膜囊腫ガアツテソノ爲ニ手術時腫瘍ノ發見ヲ困難ニシ、或場合ニハ單ナル囊腫ト誤認セラレ死後剖檢ニヨツテ始メテ聽神經腫瘍ガ見出サレテ人ヲ驚カス事ガ少クナイ。他面小腦々橋隅角部ニ於ケル腫瘍ナキ眞ノ囊腫性蜘蛛膜炎ノ來ルコトガアル。殊ニ之ガ内耳ノ慢性炎症ニ續發スル場合ニハ症狀的ニモ聽神經腫瘍ニ酷似スルガ故ニ特ニ鑑別上注意ヲ要スル。

以下報告ノ例ハ小サナ提神經<sub>L</sub>ノイリノーム<sub>↑</sub>ガソノ周圍ニ數個ノ蜘蛛膜囊腫ヲ伴ツテ居タ  
爲ニ單ナル囊腫ナルカノ如ク見エ、腫瘍ノ發見ガ始メ困難デアツタ例デアル。

患 者：牧○正○，38歳，男

主 訴：右聴力障害，兩眼ノ視力障害及ビ運動失調症

現病歴：20歳頃ヨリ何時トハナシニ右耳ノ難聴ヲ來シ漸次増悪セリ。昨年6月(リケ月前)頃ヨリ右眼ノ小視(Mikropsie)ヲ來シ同時ニ顔面右半ニ知覺鈍麻ヲ覺エタリ。本年1月(約2ヶ月前)ヨリ後頭部ニ激シキ頭痛アリ。項部ノ「マツサージ」ニヨリテ輕快スルヲ常トセリ。尙其煩複視ヲ來シタル事アリ。其後約3週ニテ急ニ右眼ノ視力ガ惡クナリ、且ツ左眼ニモ小視ヲ來セリ。昨年5月頃ヨリ歩行困難アリ暗中ニテ又ハ眼ヲ閉ヂテ歩行スル事不能トナリタリ。

現 症：i) 上體右方ニ傾ク。ii) 項強直アリ。iii) 視力右0.1，左0.5，兩側トモ鬱血乳頭アリ(6 D)。iv) 右瞳孔直接對光反應遲鈍，間接對光反應左遲鈍。v) 右眼ノ上方及ビ外方ヘ向フ運動障害サル。vi) 水平眼球震盪症(+)。vii) 右三叉神經麻痺(知覺，運動共)，右角膜反射低下。viii) 右顔面神經末梢性麻痺アリ，舌右前2/3味覺障害アリ。ix) 右聴力ナシ，左モ聞エ難イ。x) Barany氏溫度性眼球震盪症，右ハ起リ難シ，即チ右前庭神經麻痺アリ。xi) 舌根部右後1/3ノ味覺モ障害サル。xii) 口蓋帆左ヘ傾ク。xiii) Romberg 陽性，右ヘ倒ル。右一脚ニテ起立不能，歩行時右ヘ「コロメク」。指一鼻試驗右失調症。指示錯誤(Vorbeizeigen)右手ニテ右方ヘ外レル。連續拮抗運動不能症(Adiadochokinese)右(+)，反跳現象(rebound phenomenon)右(+)，構音障害(Dysarthrie)(+)。

頭蓋<sub>L</sub>線像：Stenvers 位撮影。兩側トモ内聽道ノ擴大ナシ。又岩様骨尖端部ノ破壊ナシ。

以上<sub>L</sub>線所見ヲ除キ神經學の所見ハ全ク右聽神經腫瘍ニ相當ス。

手 術(昭和14年24/III) 右後頭下開頭術。側腦室後角穿刺ヲ行フニ高壓ノ腦脊髄液噴出ス。右小腦半球ハ腫大シ虫部ハ正中線ヨリモ左方ニ向ツテ移動セリ。小腦扁桃部後頭孔内ニ嵌入セリ。右小腦半球ノ穿刺ヲ行フニ皮質下約2mmニテ抵抗ヲ觸レ之ヲ破ルト黃色ノ液(囊腫内容)出ズ。ヨツテ右半球ヲ舉上シツノ側面ヨリ底部ニ進入，圓ノ如キ大小ノ囊腫4個ヲ見出セリ。内容ハ黃色透明，空氣ニ觸ルレバ直ニ凝固ス。囊腫壁ハ菲薄ナレドモ正常ノ蜘蛛膜ヨリハ遙ニ肥厚セリ。此等ノ囊腫ヲ破リテ内容ヲ排除セル後壁ヲ可及的ニ切除セリ。最後ニ内聽道部ニ約拇指頭大ノ充實性腫瘤ヲ認メソノ内側(延髓，腦橋ニ接スル部)ト内聽道ニ接スル底部トヲ除キ，他ハ斷片の剔出ヲ繰返シテ結局殆ンドソノ大部分ヲ除去セリ。型ノ如ク手術創縫合閉鎖。

標本ノ組織學の所見：<sub>L</sub>ノイリノーム<sub>↑</sub>。

術後經過：順調。手術部多少膨隆セリ。術後17日鬱血乳頭尚多少殘存ス(右1 D，左2 D)。頭痛ナシ。腦神經麻痺及ビ小腦症狀ハ一般ニ可ナリ輕快セルモ右聴力障害ハ尙改善セラルハニ至ラズ。

本例デ知り得タ事ハコノ蜘蛛膜囊腫ノ本症症狀上ニ於ケル役割割デアル。腫瘍ガ小サカツタ點カラ考ヘテ此患者ノ腦壓亢進症狀及ビ隣接腦神經麻痺ハ腫瘍自身ノ壓迫ヨリハコノ囊腫ノ壓迫ニヨツテ起ツタモノデアラウト思フ。コノ事ハ囊腫壁ガ比較的丈夫デ甚ダ緊滿シテキタ事，及ビ手術時患側小腦半球ガコノ腫瘍ダケノ壓迫デ説明シ得ナイ程ニ腫大シ，健側ニ向ツテ移動シテ居タ事カラ容易ニ想像シ得ルト思フ。

### 惡性ニ變化セル頸部深在性皮膚様囊腫

奥 山 義 治 (京都外科集談會昭和14年5月例會所演)

患 者：射○角○，55歳，男(昭和14年4/V入院)

主 訴：兩側頸部ニ於ケル無痛性腫脹

現病歴：約半年前カラ誘因ナク兩側頸部ニ鳩卵大無痛性腫脹アルニ氣付イタ。右側ハ左程増大シナイガ左側ハ約40日前カラ急速ニ増大シ現在ハ大人手拳大トナツタ。發病來多少瘦削シ肩ガ凝リ、殊ニ左側ニ著明デアル。昨日カラ嚥下困難アリ。特別ニ熱發、咯痰、咳嗽及ビ嘔聲ヲ來シタ事ナシ。

既往歴：生來著患ヲ知ラズ。性病ハ否定、飲酒家(1日1升)。

家族歴：特記スベキモノナシ。

現 症：一般所見：體格尋常、骨格強、榮養良好。左顔面神經下枝ニ不全麻痺アリ。肺前上部及兩側肩胛骨間ニ乾性囉音ヲ聽診。腹部ニ於テハ抵抗、腫瘤等ヲ觸レズ。

局所所見：左側頸部ニ於テ上方ハ耳殻下緣、前方ハ氣管附近、後方ハ項ノ發毛部ニ至ル大人手拳大ノ半球狀腫脹アリ。表面平滑、被覆皮膚ハ稍ニ赤變セルノミ。溫度上昇ナシ。腫瘍ハ一般ニ彈性硬ナルモ中心部ハ彈性軟ニシテ波動ヲ證明ス。壓痛ナク境界稍ニ明瞭、皮膚トハ癒着セズ、基底トハ左右ニ可動ナルモ上下ニハ移動セズ。筋肉ヲ緊張セシメテ觸レ難クナルガ如キコト無キモ多少動キ難クナル。右側頸部ニモ耳殻ノ下、下顎角ノ後方ニ鳩卵大ノ腫脹アリ。被覆皮膚ニ特別ノ異常ヲ認メズ。腫脹ニ一致シテ腫瘍ヲ觸レ、溫度上昇、壓痛等ナシ。硬度ハ稍ニ硬、境界鮮明、皮膚トハヨク移動シ、基底トハ上下ノ方向ニノミ移動性が稍ニ制限セラレ、又筋肉ノ緊張ニヨリ可動性ヲ減ズ。其他ニハ頸部淋巴腺腫脹ヲ認メズ。鎖骨下、鎖骨上淋巴腺、腋下腺、鼠蹊腺等ニモ腫脹ヲ認メズ。胸骨上ニ濁音ヲ證明セズ。又肛門内觸診ニテ異狀ヲ認メズ。

血液像：赤血球數486萬、ヘモグロビン $\gamma$ 85%(ザーリ)、白血球數12,700、中性多核白血球74%、レオゾン嗜好性白血球3%、鹽基嗜好性白血球0%、小淋巴球17%、大淋巴球5%、大單核白血球1%。

赤血球沈降速度：中等價=52, Mantoux 氏反應(一)、尿ニハ異常ナシ。

診 斷：比較的急速ニ、就中左側腫瘤ハ最近特ニ急ニ、増大シタ點カラ惡性腫瘍ガ考ヘラレ、淋巴腺肉腫ト診斷。

手術所見：1) 右側頸部腫瘍剔出：腫瘍ハ周圍トノ癒着ナク容易ニ剔出シ得。約胡桃大ノ腫瘍デ、表面平滑、彈性軟、切開ヲ加ヘルト凝縮組織細片ヲ混ゼル稀薄黃色ノ液ガ流出シ、爾餘ノ内容ハ黃色泥狀ノ塊デア。組織學的ニハ壁ハ扁平細胞カラナル皮膚様組織デ、即チ此ノ腫瘍ハ深在性皮膚様囊腫デア。ル。

2) 左側頸部腫瘍切除：腫瘍ハ胸鎖乳頭筋ト密ニ癒着シ且ツ下方デハ數條ノ皮膚神經ガ之ニ癒着シテ居ル。特ニ前方ニ於テハ左總頸動脈ト硬ク癒着シ、此ノ部腫瘍ハ彈性硬乃至骨様硬ニシテ動脈壁ニ迄浸潤ガ及ンデ居ル。故ニ腫瘍ノ大部分ハ切除シ得タルモ、一部ハ搔爬ニ止ム。切除標本ハ右側ノモノト同様一部泥狀物ヲ含メルモ、ソノ壁ハ大部分花甘藍(Blumenkohl)様トナリ、彈性硬。組織學的ニハ定型の扁平上皮癌ニシテ明ニ表皮癌球(Kankroidperle)ヲ認メ得。

術後経過：順調デアツタガ第2回目手術後第5日目は腦貧血ト共ニ痙攣發作(2回)アリ。此ノ發作ハ起坐カラ再び臥床ニ移リシ後5分間ニシテ起リ、先ヅ惡心、次イデ意識不明、間代性續イテ強直性痙攣ヲ起シ、冷汗、流涎ヲ伴フ。繼續時間ハ約5分。同様發作ハ第6日目はモ1回アリシモ、其後ハ氣分良好デ發作ナシ。

考 察：本例ハ側頸部ニ兩側性且ツ同時ニ而モ比較的發育ノ速カナ腫脹ガ現ハレタノデ、ソノ臨床的所見ト相俟ツテ肉腫ト診斷サレタ。併シ第1回手術デ剔出シタ腫瘍ハ切割ノ際乾酪様塊ヲ排出シタノデ、結核性ノモノヲ疑ツタガ、詳シクソノ内容物ヲ檢シ又腫瘍壁ノ組織學的檢査ヲ行フコトニヨツテ本腫瘍ガ深在性皮膚様囊腫ナル事ガ確メラレ、更ニ第2回ノ手術ニヨリ切除サレタ腫瘍デハ明カニ皮膚様囊腫ノ癌性變化ガ認メラレタノデア。皮膚様囊腫ノ癌性變化ハサウ屢々來ルモノデハナイガ、本例ノ如ク深在性皮膚様囊腫ガ扁平上皮癌化シタコトハソレガ遺殘頸弓(Kiemenbogen)カラ發生スルコトヲ立證スルモノデア。ル。

本例ハソノ臨床的診斷ガ組織學的檢査ニ依ツテ訂正サレタ點及ビ深在性皮膚様囊腫ガ扁平上皮癌化ヲ來シタ點ニ於テ、斯クノ如キ腫瘍ニ對スル診斷上ニ一示唆ヲ與フルモノデア。ル。

尙ホ第2回ノ手術後腦貧血及ビ痙攣發作ヲ起シテ理由ニ就テハ、左總頸動脈附近ヲ搔爬シテ結果頸動脈竇 (Carotissinus) ノ神經細胞ガ一時刺激狀態ニ置カレ、ソノ結果反射的ニ起ツタノデハナカラウカト考ヘラレル (若シ然リトスレバ頸動脈分岐部ノ壓迫ニヨツテ血壓ノ下降ヲ認メル筈デアルガ、今日ハ尙ホ局部ノ壓痛強イタメニ未ダコノ事實ヲ確カメ得ナイ)。

## 腸間膜淋巴腺ノ炎症性腫脹ニヨル一過性十二指腸閉塞

相 川 文 夫 (京都外科集談會昭和14年4月例会所演)

患 者: 31歳, 男

主 訴: 腹痛及嘔吐

現病歴: 10日前, 突然ニ左季肋部ニ痙攣様ノ疼痛ヲ來セリ。當時ハ惡心, 嘔吐ナシ。疼痛ハソノ後一進一退セルモ, 3日前ヨリ惡心, 嘔吐強ク, 次第ニソノ度ヲ増セリ。5日前ヨリ便通及ビガスノ排出ナシ。發病以來熱發ハナイ。

既往症: 生來健康, 著患ヲ知ラズ。ヘルニアヲ結核性疾患ヲ思ハシムル既往症ナシ。

家族歴: 特記スベキモノナシ。

現 症: 一般所見: 體格中等, 營養衰へ, 脈搏正整, 70/m, 緊張良。顔貌苦悶狀。頸部, 腋窩部, 鼠蹊部ニ於ケル淋巴腺ノ腫脹ヲ認メズ。

局所所見: 腹部ハ一般ニ膨滿シ, 特ニ上腹部ニ強シ。靜脈怒張, 發赤, 蠕動不穩等ヲ認メズ。上腹部ニ壓痛及可成リ瀰漫性ノ抵抗ヲ觸レルガ腹筋緊張, MacBurney 氏點ノ壓痛, Blumberg 氏症候, Rosenstein 氏症候等ヲ認メズ。腸雜音ハ有響性ナレドモ微弱ナリ。腹水ヲ證明セズ。經肛門指診ヲ行フニ直腸膨大部ハ高度ニ擴大ス。指頭ニ血液ノ附着ナシ。

血液所見: 赤血球數545萬, 血色素量62% (ザーリ), 白血球數12,600, 中性多核白血球增多(78%)アリ。

尿: 大腸菌ヲ視野ニ10~15個ヲ證明ス。

診 斷: 絞扼性イレウスヲ

手術所見: 劍狀突起下ヨリ約30 cmノ正中正開ニテ腹腔ヲ開クニ, 極度ニ膨脹シ暗赤色ヲ呈セル小腸ヲ認ム。結核結節, 癒着等ヲ認メズ。Treitz 氏靱帶ヨリ1米ノ部ヨリ廻腸末端ヨリ50 cmニ至ル間ノ小腸管ガ大網膜ヨリ成ル索條ニヨリソノ腸間膜部ニテ一塊トシテ緩ク絞扼サレ, ソレヨリ肛門側ハ小腸萎縮セルモ, 口側ハ極度ニ膨滿セリ。索條ヲ除去スルニ腸内容ハ肛門側ヘ向ツテ移行ス。血行障碍, 壊死ニナレル部ヲ認メズ。

胃, 十二指腸ハ極度ニ膨滿シ, 内容ヲ小腸ニ送ラント試ミルモ, 十二指腸ハ極度ニ膨滿スルノミニテ内容ノ移行ヲ認メズ。即チ十二指腸末端部ニ於ケル完全ナル閉塞ヲ認ム。

更ニ腸間膜ヲ検査スルニ一般ニ浮腫, 靜脈怒張強ク, 所々ニ指頭大ノ無數ノ淋巴腺腫脹ヲ認ム。腸間膜基部, Treitz 氏靱帶ノ近クニ於テハ之等互ニ集リテ手拳大ノ腫瘤ヲ形成シ, 後腹膜ト強ク癒着シ十二指腸末端部ヲ強ク壓迫セリ。即チ十二指腸末端部ノ閉塞ハ同所ノ淋巴腺腫脹ニ原因スルモノト考ヘラル。

ヨツテHacker氏胃空腸吻合術ヲ行ヒ, 試験的切片トシテ腸間膜基部ノ淋巴腺1個ヲ切除セリ。

經 過: 術後左季肋部ニ硬結ヲフレ, 時ニ嘔吐及腹痛ヲ來セルモ, 術後21日目頃ヨリ左季肋部ノ硬結ノ消失スルニツレ, 嘔吐, 腹痛ナク, 術後28日目全治退院セリ。術後27日目ト線檢査ヲ行ヒシニ, 造影劑ハ吻合部ヲ通過セズ, 自然ノ徑路ヲ通り十二指腸ヨリ空腸ニ移行スルヲ認ム。即チ十二指腸末端部ノ通過障碍ハ既ニ全ク消失セリ。

標本所見: 剔出セル淋巴腺ハ淡赤色, 彈性軟, 剖面ハ灰黃色ニシテ乾酪性變化ナシ。病理組織學的ニハ被膜ニ結締織ノ増殖強ク, Randsinus, Marksinus 消失シ, 實質中ニモ結締織ノ増殖アリ。即チ亞急性性淋巴腺炎ノ像ヲ呈セリ。

考 察：1) 本例ハ小腸ノ絞扼性 $\perp$ イレウス $\perp$ ト同時ニ全ク別個ニ十二指腸閉塞ヲ來セルモノデアル。2) 十二指腸閉塞ハ腸間膜基部淋巴腺ノ急性腫脹ニ依ツテ惹起サレタモノト考ヘラル。之試験の切片ノ組織學的所見ガ全ク炎症性ナル事ニヨツテ知り得ル所ナリ。3) 此ノ亞急性淋巴腺炎ガ如何ナル原因ニ依ツテ發生セルカハ不明デアルガ、大網膜ガ廻盲部ニ癒着シ居タル事ヨリ慢性蟲様突起炎ノ存在ヲ豫想シ得ベク、ソノ爲ニ腸間膜淋巴腺ハ日頃ヨリ或程度腫脹シ居タモノト想像サレル。ソレガ今回ノ輕度ノ絞扼性 $\perp$ イレウス $\perp$ ヲ契機トシテ急性再燃ヲ來シ、急激ニ増大セルモノト考フレバー應説明シ得ルカト思ハル。而シテソノ原因タルベキ $\perp$ イレウス $\perp$ ノ消失ト胃腸吻合術ニヨル胃、十二指腸内容鬱滯除去ニヨリ淋巴腺炎モ次第ニ消失シ、從テ十二指腸モ再び通過スルニ至リシモノト考ヘラル。

一般ニ炎症性腸疾患時ニ於ケル腸間膜淋巴腺炎ハシバシバ見ラレルモノナリ。殊ニ小兒、青年期ニ多ク大多數ハ廻盲部ニ生ジ、蟲様突起炎ト誤ラレル事アリ。Brown氏ニヨルト、腸間膜淋巴腺炎中廻盲部ニ生ズルモノ70%、腸間膜基部ニ生ズルモノハ12%ニ過ギズ。從ツテ本例ノ如キハ比較的稀ナル事ナリ。

## 習慣性腸重積ノ1例

朝 倉 進 (京都外科集談會昭和14年5月例會所演)

患 者：25歳，女（昭和14年26/IV入院）

主 訴：痼疾様腹痛

現病歴：約130日前（昭和13年14/XII）分娩ヲナシ、安産デアツタガ、ソノ後何時トハナシニ時々腹部全體ニ渉ル痼疾様疼痛ヲ訴フル様ニナツタ。約1ヶ月前ヨリ1日2、3回腹部ノ諸所（主トシテ臍部）ニ球狀ノ膨隆ヲ生ズル様ニナリ、又腹痛モ増強スル様ニナツタ。併シ腹部ノ膨隆ト腹痛ノ發作トノ時間的關係ハ認メラレナイ。該膨隆ハ患者ノ知ラヌ間ニ消失シ、消失時 $\perp$ グル $\perp$ 音ヲ發スルト云フ様ナコトハナイ。腹痛ハ約30秒持續シ堪ヘ難イト云フ程ノ強度ノモノデハナイ。又食物攝取トノ時間的關係ハ見出サレナイ。惡心、嘔吐ヲ來シタリ大便ノ黑色ニ變ジタコトハナイ。月經ハ分娩來閉止、便通ハ1日2、3回、大便ノ細クナツタコトハナイ。

既往歴、家族歴：共ニ特記ス可キモノナシ。

現 症：體格、榮養共ニ中等。脈搏整正、緊張良、80/m。頭部、顔面、心臟、肺臟ニ著變ヲ認メナイ。

局所所見：腹部ハ一般ニ膨滿モ陷凹モセズ。腹壁ノ靜脈怒張、腸蠕動不穩、腹筋緊張等ヲ證明セズ。臍ヨリ3横指下、1横指右方ノ部ニ中等度ノ壓痛アルモ抵抗ヲ觸レズ。肝、脾、腎共ニ觸知セズ。腸雜音尋常。直腸膨大部ハ中等度ニ擴大シテキルガDouglas氏腔ニ壓痛モ腫痛モ證明セズ、検査手指ニ血液ノ附着ヲ見ナイ。

腹部腫瘤發現時所見：圖示スル様ニ臍ノ上方カラ右方ニカケテ境界稍々鮮明ナ膨隆ヲ認メル。深呼吸ヲ命ズルト其ノ境界ハ益々鮮明トナル。膨隆ノ右方ニ當リ腸蠕動不穩ヲ認メルガ方向ハ明ラカデナイ。コノ際モ腹筋緊張ハ證明サレナイ。膨隆部ニ一致シテ長サ約10糎、巾約3糎ノ腸詰様ノ腫瘤ヲ觸レ、境界鮮明、彈性硬、1度幼兒ニ於テ腸重積ヲ觸レル様ナ感ヲ與ヘル。コノモノハ上下左右ニヨク移動シ得。壓痛ヲ證明シナイ。コノ腫瘤ハ約1分時デ自然ニ消失シタ。

血液所見：赤血球數315萬、白血球數11000、血色素43% (Sahli)、淋巴球52%、中性多核白血球46%、單核細胞並ニ移行型2%。

尿所見・著變ヲ認メズ。又大腸菌ヲ證明セズ。

糞便所見・Gujakprobe (+), 蛔蟲及ビ無鉤條蟲ノ卵ヲ認メル他著變ナシ。

レ線検査 (27/IV): 經肛門的ニ<sup>1</sup>バリウム<sup>1</sup>水ヲ注入シテ檢スルト横行結腸ニ内鞘 (Invaginant) ノ先端ニ相當スル陰影缺損アリ。<sup>1</sup>バリウム<sup>1</sup>水ヲ注入スルト共ニコノモノハ徐々ニ上行結腸ニ迄後退シ遂ニ消失シタ。經口のニ造影劑ヲ投與シテ檢スルト迴腸末端ノ粘膜皺襞ハ粗大トナツテ居ル。之ハ腸粘膜ニ浮腫ノアルコトヲ示ス。

臨牀診斷: 以上ノ所見ノ様ニ入院時及ビ翌日レ線検査時ト2回腫瘤ヲ觸知シ, 前回ハ觸診ニ依リ, レ線検査時ハ造影劑ノ壓力ニ依リ腫瘤ハ觸レナクナツタ。コノ事カラ習慣性腸重積デ, 狹窄症狀ノ輕微ナルモノデアラウト診斷ス。

入院後經過: 入院後1週間ノ觀察期間中レ線検査時ヲ除キ, 腹部腫瘤ノ發現ハ再ビ認メルコトガ出来ナカッタ。又患者ハ何等ノ自覺症狀モ訴ヘズ。又迴盲部ニ抵抗及ビ壓痛ヲ證明スル他腹部ニ著變ヲ認メズ。便通モ略々1日1回アリ。

手術所見 (3/V): 右側副直腹筋切開デ開腹。腹膜尋常, 腹水ヲ認メズ。盲腸ハ可成リ移動性ヲ有シ, 蟲樣突起ハ健全。迴腸ハ迴盲瓣ヨリ約3横指ニ涉リ漿膜稍々混濁シ, 毛細血管充盈シ, 腸壁稍々浮腫性ナリ。迴盲瓣ハ強度ニ擴大シ, 迴腸末端ヲ容易ニ通過セシメ得。迴腸々間膜ニハ異狀ナク, 又結腸ニモ著變ヲ認メナイ。依ツテ迴盲瓣カラ14釐口側ノ迴腸ヨリ横行結腸ノホビ中央部ニ至ル間ヲ切除シ, 迴・結腸側々吻合ヲ行フ。

切除標本: 迴腸ノ浮腫ヲ呈セル部分ノ組織標本デハ, 毛細血管ノ充盈ト圓形細胞浸潤ヲ認メルガ結締織ノ増殖ハ認メラレナイ。

考 察: 本例ハ習慣性腸重積ノ1例デアツテ, 病歴デ判ル様ニ約1ヶ月前カラ1日2, 3回腹部ニ腫瘤ヲ患者自身觸知シ, 且ツ毎常自然ニ消失シテキタモノデアツテ, 腸狹窄症狀ヲ缺キ, 輕度ノ腹痛ヲノミ訴ヘテキタ。本例ニ見ル如ク, 腸詰様ノ腫瘤ヲ腹部, 特ニ右側或ハ臍上方カラ右方ニカケテ觸知シタ場合ニ, 慢性腸重積(或ハ習慣性腸重積)ヲ一應念頭ニ浮ベテ見レバ何等誤診ニ陥ルコトハナイ(コレヲ考ヘテ見ナカツタ爲メニ誤診シタ1例ハ昭和12年11月ニ經驗シテキル)。然ルニ本例ノ様ニ重積ヲ起シテスグニ解離又時ニ重積スル様ナモノハ比較的稀有ナ症例ニ屬スルデアラウ。此様ナ例ニ於テ如何ナル機轉ガ重積ヲ促シ, 又解離セシメルカラ充分驗シ得ナカツタコトハ遺憾デアル。

